

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965

THÈSE

N° 752

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacqueline ACCARD, née GUILLEMAIN

Licenciée en Droit

Née le 30 décembre 1922, à Lyon-7^e

Présentée et soutenue publiquement le

196

**La responsabilité médicale
du fait des accidents mortels
provoqués par les urographies intraveineuses**

Président : M. DEROBERT, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1965

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacqueline ACCARD, née GUILLEMAIN

Licenciée en Droit

Née le 30 décembre 1922, à Lyon-7^e

Présentée et soutenue publiquement le

196

**La responsabilité médicale
du fait des accidents mortels
provoqués par les urographies intraveineuses**

Président : M. DEROBERT, Professeur



I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1965

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BÉNARD (H.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), DEBRÉ (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART-D'ALLAINES (F. DE), GENNES (L. DE), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HELUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LÉVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), MOUQUIN (M.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIÉDELIEVRE (R.), QUÉNU (J.), RICHT (C.), SENÈQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN : Gaston CORDIER,

1^{er} ASSESSEUR : Daniel BARGETON — 2^e ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.		MM.
Anatomie	DELMAS (A.)	Microbiologie (Bactériol. et virologie)	FASQUELLE (R.)
Anatomie pathologique ..	DELARUE (J.)	Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)	Pathologie chirurgicale ..	LAURENCE (G.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)	Pathologie exotique	N...
Biologie appl. à l'Education physique et aux sports ..	MALMEJAC (J.)	Pathol. expér. et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)	Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
Biophysique médicale ..	BUGNARD (L.)		BRICAIRE (H.)
	DOGNON (A.)	Pathologie respiratoire ..	TURIAF (J.)
	DJOURNO (A.)	Pathol. et therap. générales	DEPARIS (M.)
Cancérologie méd. et soc.	BERNARD (J.)	Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Chimie pathologique ..	SCHAPIRA (G.)	Physiologie	BARGETON (D.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)		PARROT (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)	Physiol. et pathol. obstét.	LEPAGE (F.)
Histologie	GROUD (A.)	Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Hygiène et méd. préven. ..	BOYER (J.)	Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale ..	CAUCHOIX (J.)
Médecine du Travail ..	DESOILLE (H.)	Thérapeutique	CONTE (M.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)	Thérapeutique appliquée ..	LAMOTTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)	Physiologie	DEJOURS (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.)	Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)
	POLONOVSKI (J.)		GOUGEROT (L.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)	Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)		

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

Cliniques :

- carcinologique chirurg. (Necker) REDON (H.)
- cardiol. (Broussais) .. SOULIÉ (P.)
- chirurgicales : *Beaujon* : LORTAT-JACOB (J.-L.); - *Cochin* : LEGER (L.); - *Hôtel-Dieu* : PATEL (J.); - *Pitié* : CORDIER (G.); - *Saint-Antoine* : GOSSET (J.); - *Salpêtrière* : SICARD (A.); - *Tenon* : OLIVIER (Cl.).
- chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades) .. FÈVRE (M.)
- chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin) .. MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
- chirurgie cardio-vascul. (Broussais) DUBOST (Ch.)
- chirurg. pleuro-pulmon. (Laënnec) MATHEY (J.)
- endocrinologique (Pitié)

Cliniques :

- Génétique médicale (Enfants-Malades) LAMY (M.)
- gynécologique (Broca) .. HUGUIER (J.)
- maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis) .. DEGOS (R.)
- maladies des Enfants (Enfants-Malades) .. TURPIN (R.)
- maladies infectieuses (Claude-Bernard) MOLLARET (P.)
- maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne) .. DELAY (J.)
- malad. metab. (Necker) .. HAMBURGER (J.)
- maladies du sang (Broussais) MARCHAL (G.)
- maladies du système nerveux (Salpêtrière) .. CASTAIGNE (P.)

Cliniques :

MM.

- médicales : *Broussais* : MILLIEZ (P.), LENÈGRE (J.); - *Cochin* : BROUET (G.); - *Hôtel-Dieu* : BARIÉTY (M.); - *Lariboisière* : SÈZE (S. DE); - *Pitié* : DREYFUS (G.); - *Saint-Antoine* : KOURILSKY (R.), BOUDIN (G.).
- d'hydrologie et de climatologie (Bichat) .. DEBRAY (Ch.)
- médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) .. MARIE (J.)
- médicale propédeutique (Broussais) .. JUSTIN-BESANÇON (L.)
- médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) .. DEROT (M.)
- neuro-chirurgie (Pitié) .. DAVID (M.)
- neurolog. (Salpêtrière) .. GARCIN (R.)
- obstétricales : *Baudelocque* : LACOMME (M.); - *Foch* (Suresnes) : MERGER (R.).
- obstétricale et gynécol. (Port-Royal) .. VARANGOT (J.)
- ophthalmol. (Hôtel-Dieu) .. RENARD (G.)
- » (Cochin) .. OFFRET (G.)
- oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) .. AUBRY (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

- Hydrologie et climatologie .. GIBERTON (A.)
- Maladies infectieuses .. BASTIN (R.)
- Oto-Rhino-Laryngologie .. MADURO (R.)
- Pneumo-Phtisiologie .. KREIS (B.)

Cliniques :

MM.

- pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul) N...
- pneumo-phtisiologie (Laennec) .. BERNARD (E.)
- neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) .. MICHAUX (L.)
- rhumatologie médicale et sociale (Cochin) .. COSTE (F.)
- stomato. (Salpêtrière) .. DECHAUME (M.)
- thérapeutique chirurg. (Vaugirard) .. ROUX (M.)
- thérapeutique médicale (Saint-Antoine) .. LEMAIRE (A.)
- toxicologique .. GAULTIER (M.)
- urologique (Cochin) .. ABOULKER (P.)
- chirurg. orthopédique et traumatologique .. PADOVANI (P.)
- Séméiologie médicale .. DOMART (A.)
- Séméiologie et clinique chirurgicales .. POILLEUX (F.)
- Séméiologie traumatique et orthopédique .. JUDET (R.)
- Clinique urolog. (Necker) .. COUVELAIRE (R.)
- Hygiène et clinique de la 1^{re} enfance (Trousseau) N...

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie : MM. CABROL (C.); COUINAUD (C.); GILLOT (C.); HUREAU (J.).

Anatomie pathologique : Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.) *pr. s. ch.* MM. ABELANET (R.); CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.), *pr. s. ch.*; NEZELOFF (Ch.); ORCEL (L.); PAILLAS (J.).

Anesthésiologie : Mme DU BOUCHET; MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).

Bactériologie : MM. BARBIER (P.); *pr. s. ch.*; CHRISTOL (D.); DAGUET (G.); LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).

Biochimie médicale : MM. BAULIEU (Et.), *m. conf.*; BOURILLON (R.); CARTIER (P.), *pr. s. ch.*; CORNILLON (P.); DREYFUS (J.-Cl.); GONNARD (P.); JÉROME (H.); KRUH (J.); LEGRAND (J.-Cl.); NORDMANN (J.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. PLAS (F.).

Biologie médicale : MM. BENHAMOU (J.-P.); BOIVIN (P.); HARTMANN (L.), *pr. s. ch.*

Carcinologie : MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.); MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).

Cardiologie : M. HATT (P.-Y.).

Dermato-Syphiligraphie : MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B.); HEWITT (J.); TOURAINE (R.).

Electro-Radiologie : MM. HEITZ (F.), *m. conf.*; LEDOUX-LEBARD (G.).

Embryologie : M. ROUX (Ch.).

- Médecine : AZERAD (E.); BOUR (H.); LAMBLING (A.); LHERMITTE (F.); PEQUIGNOT (H.); PERRAULT (M.); SIGUIER (F.); WORMS (R.).
- Rhumatologie .. DELBARRE (F.)

Hématologie : MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).

Histologie : MM. COUJARD (R.), *p. s. ch.*; DA LAGE; MAROIS (M.); RACADOT (J.); SCHRAMM (B.).

Hydrologie : MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).

Hygiène : MM. BLANCHER (G.); CORRE-HURST (Mme L.); ROUSSEL (A.); SAPIN-JALOUSTRE (H.).

Maladies infectieuses : MM. DUPONT (V.); LISSAC (J.); RAPIN (M.).

Maladies métaboliques : MM. ANTOINE (B.); CROSNIER (J.); RICHEL (G.); SEBAOUN (J.).

Médecine légale : MM. BOURGUIGNON (A.); FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HADENGUE (A.).

Médecine du Travail : M. ALBAHARY (C.).

Neuro-chirurgie : M. PERTUISSET (B.).

Neuro-Psychiatrie : MM. CAMBIER (J.); CATHALA (H.); ESCOUROLLE (R.); GAUTIER (J.-Cl.); LAPRESLE (J.); LEREBOULLET (J.); PICHOT (P.); TARDIEU (G.).

Obstétrique : MM. GRANJON (A.); HERVET (E.); LE LORIER (G.); LÉVY (J.); LEWIN (D.); MUSSET (R.); ROBÉY (M.); SENEZE (J.); SUREAU (C.); TCHOBROUTSKY (M^{me} C.); THOYER-ROZAT (J.).

Ophthalmologie : M^{mes} AUVERT (B.); FONTAINE (M.); MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.); SARAUX (H.).

Orthopédie : MM. DUPARC (J.); MAURER (P.); MEARY (R.); POSTEL (M.); RAMADIER (J.).

Oto-Rhino-Laryngologie : MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.); SERGENT (H.).

Parasitologie : MM. GOLVAN (Y.); HO THI SANG (Mlle); LAPIERRE (J.)

Pathologie chirurgicale : MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.); BLONDEAU (Ph.); CERBONNET (G.); CHATELIN (C.-L.); DAUTRY (P.); DEMIRLEAU; DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GALEY (J.-J.); GARBAY (M.); GARNIER (H.); GAUDART-D'ALLAINES (Cl. de); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LOYGUE (J.); MAILLARD (J.-N.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.); PRÉ-MONT (M.); ROBERT (H.); THOMERET (G.); VAYSSE (J.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.)

Pathologie expérimentale : MM. BERTHAUD (P.); COTTENOT (Fr.); LÉPER (J.), *pr. s. ch.*; MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); PAUPE (J.-R.)

Pathologie médicale : MM. ACAR (J.); AUQUIER (L.); AUSSANNAIRE (M.); BEAUMONT (J.-L.); BERNIER (J.-J.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y.); BRISSAUD (H.); BROCARD (H.); BUGE (A.); CANIVET (J.); CARLOTTI (J.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.); CLOAREC (M.); COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURY (C.); DEBRAY (J.); ÉTIENNE (J.-P.); FREZAL (J.); FRITEL (D.); FUNCK-BRENTANO (J.-L.); GRIVAUX (M.); HAZARD (J.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAGRUE (G.); LESOBRE (R.); LEVEQUE (B.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NENNA (A.); NICK (J.); POULET (J.); ROYER (P.); TCHERDAKOFF (Ph.); THIBAUT (Ph.); TOURNEUR (R.); VILLIAUMEY (J.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture : MM. ALAGILLE (D.); ALISON (J.); CANLORBE (P.); GORIN (R.); LAFOURCADE (J.); LEPERCQ (G.); LESTRADET (H.); MALLET (R.); MANDE (R.); MINKOWSKY (A.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); REY (J.); RIBIERRE (M.); ROSSIER (A.); VIALATTE (J.);

Pharmacologie : MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.).

Physiologie : MM. BARRES (G.); DURAND (J.); GIRARD (Fr.), *m. conf.*; HUGELIN (A.); LAURENT (D.); SCHERRER (J.), *pr. s. ch.*; VASSEUR (B.);

Physique médicale : MM. CHANTEUR (J.); COURSAGET (J.); GREMY (F.), *m. conf.*; MILHAUD (G.); PAGÈS (J.-Cl.); PELLERIN (P.); ROUCAYROL (J.-C.), *pr. s. ch.*; TUBIANA (M.), *m. conf.*

Pneumo-ptisiologie : MM. DECROIX (G.); ISRAEL (L.); MEYER (A.); RENAULT (P.); SORS (Ch.).

Psychiatrie infantile : MM. DENIKER (P.); DUCHE (D.); FLAVIGNY (H.).

Radiologie médicale : MM. DUBOST (J.); LEFEBVRE (J.); MICHEL (J.-R.).

Rhumatologie : M. MASSIAS (P.).

Stomatologie : MM. CAUHEPE (J.); CERNEA (P.); CHAPUT (Mme A.), *m. c. agr.*; CREPY (Cl.); FLEURY (R.); GRELLET (M.).

Thérapeutique : MM. CHASSAGNE (P.); FOUET (P.); LABET (R.); MARCHE (J.).

Urologie : MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.); QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale : M. VERNE (J.-M.).

Clin. médic. : MM. RAMBERT (P.); THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale : MM. GRASSET (J.); MAYER (M.); MORIN (P.).

Clinique ophtalmologique : M. DESVIGNES (P.).

Clinique pédiatrique et puéri. : M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie : M. HAUDUROY (P.), *pr. s. ch.*

Pathologie chirurgicale : M. RUDLER (J.), *pr. s. ch.*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA (J.)
Conseiller administratif : Mlle CHAINTREUIL (G.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs : Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.).

Bibliothécaires : Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.); Docteur SCHILLER (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DEROBERT

Professeur de Médecine Légale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

*En témoignage de reconnaissance et
en le remerciant d'avoir bien voulu diri-
ger et présider cette thèse.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552208_0021

INTRODUCTION

La responsabilité du médecin du fait de son activité professionnelle (et plus particulièrement ici du fait des accidents provoqués par les urographies intraveineuses) sera envisagée dans ce travail du point de vue juridique, d'après la loi et la jurisprudence françaises, sans que soient abordés les problèmes que pose sa responsabilité morale.

La responsabilité personnelle du médecin est affaire de conscience, de sa conscience, et personne ne peut la prendre en charge, ou la partager, ou la juger. Un médecin se sent responsable à la fois de ses actions et de ses abstentions, indépendamment de toute appréciation et de tout contrôle apportés par la société.

Quel médecin ne se sentirait pas responsable d'un accident mortel après une U.I.V., alors même qu'il ne peut se reprocher aucune faute ? Et, à l'inverse, comment ne se sentirait-il pas responsable de n'avoir pas prescrit plus tôt une U.I.V., qui aurait permis de préciser un diagnostic et qui aurait fait gagner du temps et peut-être éviter des souffrances au malade, même s'il avait de bonnes raisons d'hésiter et de préférer attendre ? Seule l'évolution de la maladie lui aura fait regretter de n'avoir pas demandé cet examen plus vite.

Cette distinction entre les deux responsabilités est celle de la morale et du droit ; alors que le domaine véritable de la morale est la conscience individuelle, le domaine du droit concerne autant le groupe social que l'individu. Le droit ne s'occupe en général pas des intentions et des hésitations de la conscience, mais considère surtout les actes ; les deux domaines ne sont donc pas toujours exactement superposables, c'est

pourquoi il était nécessaire de préciser, dès le début de cette étude, que seule la responsabilité médicale juridique en ferait l'objet.

Avant d'essayer de définir ce que sont le droit et plus précisément la responsabilité juridique, on peut dès maintenant se demander pourquoi ce problème a pris une telle importance à l'époque contemporaine, pourquoi le nombre des procès en responsabilité contre les médecins va croissant, alors que jusqu'à une époque relativement récente, début du XIX^e siècle en France, l'irresponsabilité juridique du médecin était admise.

L'évolution rapide de la science et des techniques médicales a créé des risques, « rançon du progrès », les actes médicaux « agressifs » ont augmenté et, avec les résultats bénéfiques, les risques se sont accrus.

D'autre part, dans la mesure où la médecine voit son domaine proprement scientifique s'élargir, les malades croient pouvoir penser qu'on en arrive à une médecine d'équations qui se résoudrait en propositions schématiques de ce genre : « On présente tel symptôme, le médecin doit automatiquement prescrire tel examen, s'il ne le fait pas, il commet une faute. »

On peut voir une manifestation de cet état d'esprit dans le fait que certaines personnes s'adressent spontanément à des centres de diagnostic, où elles demandent un bilan complet, désirant savoir, après avoir fait faire « tous les examens », ou qu'elles sont en parfaite santé, ou qu'un traitement donné remettra en état l'organe ou la fonction déficients, comme elles le feraient pour leur voiture, en la confiant au garagiste pour révision complète.

Il est difficile de leur faire comprendre, surtout avec le développement de la médecine préventive et du rôle des examens périodiques dans le dépistage de certaines maladies, qu'on ne peut faire un bilan complet et précis de leur santé, que toute appréciation restera approximative et qu'on ne peut leur assurer une garantie comme pour une mécanique.

Cette attitude du public est bien entendu fonction de l'information qu'on lui dispense; s'il est très souhaitable que la

vulgarisation médicale soit mieux faite et qu'une véritable éducation sanitaire soit réalisée, il n'en restera pas moins que la science médicale ne pourra être accessible complètement aux non-médecins, et qu'ils seront toujours tentés de voir une faute quand ils n'auront pas obtenu le résultat qu'ils escomptaient.

Et d'ailleurs, en contre-partie de ce besoin de juger les médecins, de ramener leurs interventions à des actions accessibles à tous, n'y a-t-il pas aussi, inconsciemment, le besoin de croire la médecine toute puissante ? Penser que si l'on n'est pas guéri, c'est parce que le médecin a commis une faute, n'est-ce pas croire que le bon médecin, celui qui n'aurait pas commis de faute, aurait procuré la guérison ? Il faut donc punir le médecin incompetent pour pouvoir continuer à croire que la médecine est infaillible.

Cette attitude ambivalente vis-à-vis des médecins tient à ce que la médecine s'exerce sur ce que chacun a de plus précieux et de plus vulnérable, sa santé, sa vie.

A cet accroissement du nombre des instances en responsabilité, il y a de nombreuses autres causes, parmi lesquelles : la tendance générale à être garanti, à trouver un responsable à tout ce qui arrive de fâcheux, le fait que le malade, sachant son médecin assuré, pense que ce dernier ne supportera pas directement sur son patrimoine les conséquences de la réparation qu'il réclame, et peut-être aussi une certaine témérité des médecins face aux immenses possibilités qui s'offrent maintenant à eux pour diagnostiquer et pour traiter.

Ces quelques remarques ne tendent pas à plaider pour l'irresponsabilité juridique du médecin ; les médecins, comme tous les hommes dans une société, doivent répondre des fautes qu'ils commettent à l'égard de leurs semblables.

Ce que l'on peut souhaiter seulement, c'est que leur activité professionnelle, qui ne peut être assimilée à aucune autre en ce qu'elle a pour objet le maintien de la vie, de la santé de la personne humaine, et qu'elle ne peut être exercée que par des hommes avant tout responsables, ne soit pas rendue encore plus difficile par des mises en cause, sans fondement sérieux, de leurs actions ou de leurs abstentions.

Le plan adopté pour ce travail sera le suivant :

Première partie. — La responsabilité médicale en Droit français.

Deuxième partie. — Les accidents provoqués par les urographies intraveineuses.

Troisième partie. — Les éléments susceptibles de mettre en cause la responsabilité juridique d'un médecin faisant pratiquer ou pratiquant une U.I.V.

Quatrième partie. — Les décisions rendues par les tribunaux.

Conclusions.

**LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE
EN DROIT FRANÇAIS**

Si l'on accepte la définition qu'en a donnée Henri LÉVY-BRUHL, « le droit est l'ensemble des règles obligatoires déterminant les rapports sociaux imposés à tout moment par le groupe auquel on appartient », on constate que l'élément fondamental du droit est l'obligation, que cette obligation est déterminée par le groupe et qu'elle se modifie sans cesse.

Comme il ne saurait exister d'obligation sans sanction, le droit représente aussi un système de sanctions, sanctions juridiques portant atteinte à la condition des personnes ou à leur patrimoine.

Ces obligations et ces sanctions qui s'imposent à tout membre d'une société ressortissent à deux grandes catégories suivant qu'elles sont orientées vers les intérêts publics ou bien vers les intérêts privés. Dans le premier cas, elles appartiennent au droit public, dans le deuxième, au droit privé.

La responsabilité du médecin dans l'exercice de sa profession est régie par l'un ou l'autre de ces droits : le droit pénal, si la société exerçant sa fonction répressive lui fait application des règles du droit pénal, le droit administratif, autre branche du droit public, si le médecin participe au fonctionnement d'un service public, hôpital par exemple, enfin le droit civil (branche du droit privé) en tant qu'il organise les rapports des individus entre eux.

Mais comme la société qui le détermine, le droit évolue sans cesse et la loi ne peut en être la seule source ; en effet, il est évident que le législateur est dans l'impossibilité de prévoir

toutes les hypothèses que fait naître la vie sociale et, *a fortiori*, celles qui surgissent en fonction de l'évolution de la société.

C'est le rôle de la jurisprudence d'adapter la loi aux cas qui n'ont pas été prévus. Ce rôle a été particulièrement important dans le domaine de la responsabilité médicale. Si l'on pense qu'au moment de la rédaction du Code civil, aucun texte législatif ne réglementait, pas plus d'ailleurs qu'actuellement, cette responsabilité, on imagine le travail qui a dû être effectué par les tribunaux pour juger les procès qui leur étaient soumis à partir des textes généraux, et au cours d'une période où la médecine a subi des changements considérables.

CHAPITRE I

LA RESPONSABILITE MEDICALE ET LE DROIT PENAL

Le droit pénal impose aux médecins une série d'obligations (relatives aux conditions d'exercice de la médecine, à l'utilisation thérapeutique des stupéfiants, aux certificats médicaux, au secret professionnel, à l'avortement, à la réquisition...) dont l'inexécution est assortie d'une sanction pénale et peut faire naître une responsabilité civile. Elles ne seront pas étudiées car elles ne se rapportent pas au sujet de ce travail.

Mais les articles 319 et 320 du Code pénal :

- ARTICLE 319 : « Quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements aura commis involontairement un homicide, ou en aura été involontairement la cause, sera puni d'un emprisonnement de trois à deux ans, et d'une amende de 1.000 à 20.000 francs. »
- ARTICLE 320 : « S'il est résulté du défaut d'adresse ou de précaution des blessures, coups ou maladies entraînant une incapacité totale de travail personnel pendant plus de trois mois, le coupable sera puni d'un emprisonnement de quinze jours à un an et d'une amende de 5.000 à 15.000 francs ou de l'une ou l'autre de ces deux peines seulement. »

posent un problème particulier en ce qui concerne leur application aux médecins, du fait que ceux-ci peuvent être amenés, par leur profession, à porter des atteintes au corps humain,

entraînant des blessures, des infirmités ou même la mort, si le résultat espéré pour la santé du malade dépassait raisonnablement le risque couru.

Pour le médecin, le délit n'existe que s'il y a à la fois préjudice et faute. Quant à la nature de la faute, les tribunaux ont varié dans son appréciation; autrefois, ils ont considéré qu'elle devait être d'une gravité particulière, plus lourde que celle qui pouvait engager une réparation civile envers la victime. Mais aujourd'hui, ils considèrent que toute faute d'un médecin qui entraîne une aggravation sérieuse de l'état du malade, l'expose à une poursuite correctionnelle au même titre qu'à une responsabilité civile.

D'après le Professeur R. SAVATIER, dans son ouvrage cité en référence, la responsabilité pénale du médecin peut, ainsi que sa responsabilité civile, dériver soit d'une faute contre l'humanisme médical, soit d'une faute technique, soit même d'une imprudence banale. On mesure combien l'exercice de la profession médicale deviendrait difficile, sinon impossible, si les parquets et les victimes n'hésitaient à engager l'action pénale contre les médecins.

Les victimes, en effet, désirant avant tout obtenir réparation, s'adressent de préférence au juge civil : elles pensent, d'une part, que celui-ci condamnera plus facilement un médecin que ne le ferait un juge correctionnel et veulent, d'autre part, bénéficier du délai de prescription plus long qui s'attache à l'action civile, depuis qu'est affirmée l'existence d'un contrat médical.

Il semble, en définitive, que les applications des articles 319 et 320 du Code pénal à des médecins restent limitées à ce qu'on peut appeler des fautes lourdes.

CHAPITRE II

LA RESPONSABILITE MEDICALE ET LE DROIT ADMINISTRATIF

D'autres règles de droit public pourront être appliquées à la responsabilité du médecin, s'il exerce sa profession dans le cadre d'un service public. Sa responsabilité pénale reste la même, mais l'action en réparation d'une victime qui se plaint d'un dommage est régie alors par le droit administratif.

Ce droit régit l'organisation et le fonctionnement des administrations publiques et notamment leurs rapports avec les administrés et prévoit qu'il appartient à la juridiction administrative seule de connaître du contentieux de la réparation et des actions en dommages-intérêts contre les fonctionnaires publics, à raison de fautes de service, lesquelles n'engagent pas la responsabilité du fonctionnaire. Il n'en est autrement, et les tribunaux judiciaires sont alors compétents, que si la faute commise est une faute personnelle, dite « faute détachable du service public ».

Ce principe a longtemps soulevé des difficultés d'application au sujet des médecins participant à un service public sans être fonctionnaires (certains le sont lorsqu'ils occupent un emploi permanent compris dans les cadres d'une administration publique, par exemple les médecins inspecteurs de la Santé qui sont des fonctionnaires de l'Etat).

Dans le cas des médecins hospitaliers, les tribunaux judiciaires, qui toutefois n'étaient pas unanimes, prétendaient soit que les médecins, exerçant leur profession dans la plus com-

plète indépendance de droit et de fait (leur activité administrative mise à part), ne pouvaient être des agents publics, soit que toute faute commise dans leur activité médicale était une faute détachable du service; en conséquence, ils s'estimaient compétents et ils appréciaient les responsabilités de ces médecins sur les mêmes bases que la responsabilité des médecins privés; cependant, il ne pouvait s'agir que de responsabilité délictuelle, aucun contrat ne se formant entre le médecin hospitalier et le malade (la distinction entre responsabilité délictuelle et responsabilité contractuelle est étudiée dans le *Chapitre III*).

Par contre, les tribunaux administratifs appliquaient strictement les principes du droit administratif.

Le problème soulevé par cette dualité de conceptions n'est pas seulement un problème de compétence, car les tribunaux administratifs exigent, pour que soit engagée la responsabilité de l'Administration à l'occasion d'un acte médical, une faute lourde, alors que, pour les tribunaux judiciaires, toute faute même légère, pourvu qu'elle soit caractérisée, peut donner droit à réparation.

L'attitude des tribunaux judiciaires aboutissait à donner en fait une option aux victimes qui pouvaient, selon les cas, choisir entre la responsabilité du médecin et celle de l'Administration.

Le Tribunal des Conflits, par deux arrêts du 25 mars 1957 *, a retiré aux tribunaux judiciaires la compétence des actions en réparation d'un préjudice causé par les fautes médicales des médecins hospitaliers, affirmant que les tribunaux administratifs sont seuls compétents.

Cette solution d'unification est logique, car on ne peut contester que l'origine et la formation du lien qui rattache les médecins hospitaliers à l'Administration en fassent des agents publics (la qualité d'agent public étant parfaitement compatible avec une complète indépendance sur le plan médical);

(*) SLIMANE-CHILLOUX, *Jurisclasseur périodique*, 1957, 2, 10.004.

mais elle a le grave inconvénient de maintenir une inégalité entre les malades du secteur public et ceux du secteur privé, les premiers ne pouvant obtenir réparation d'un préjudice causé par une faute légère, alors que ce même préjudice sera réparé pour les seconds.

Il est souhaitable que l'on aille dans l'avenir vers une détermination identique de la responsabilité des médecins du secteur public et du secteur privé.

Quant à la faute détachable du service qui, ainsi qu'il a été dit plus haut, n'engage pas la responsabilité de la puissance publique, elle doit être, selon la jurisprudence administrative, plus grave que la faute lourde dont répond l'Administration.

« Ce n'est que lorsque la carence médicale ou chirurgicale atteint un point tel qu'elle devient contraire, non seulement à toutes les règles professionnelles, mais aux impératifs les plus élémentaires de la conscience, que l'on se trouve alors en face d'une faute détachable du service engageant la responsabilité personnelle du médecin, et, de ce fait, relevant de la compétence judiciaire. * »

Cependant, ces fautes d'une gravité particulière peuvent entraîner, parallèlement à la responsabilité personnelle du médecin devant les tribunaux judiciaires, la responsabilité de la puissance publique devant les tribunaux administratifs, à condition qu'elles ne soient pas « dépourvues de tout lien avec le service ».

Enfin, même lorsque la responsabilité de la puissance publique n'est pas directement engagée, en cas de faute d'un agent dépourvue de tout lien avec le service, elle l'est indirectement, par l'intermédiaire de l'assurance, l'article 112 du décret du 27 avril 1943 disposant

« qu'en cas d'accident professionnel survenu dans l'exercice de leur fonction hospitalière, les membres du personnel médical sont couverts pour eux-mêmes et contre les tiers par une assurance contractée, spécialement, par la commission administrative ou l'Administration du groupement hospitalier ».

(*) Note de M. ROBERT, sous l'arrêt du Conseil d'Etat du 26 juin 1959. Dlle SÉGRÉTIN, *Rec. Cons. d'Etat*, p. 474.

L'Administration a d'ailleurs dans ce cas la possibilité d'exercer un recours contre son agent.

En conclusion, le médecin hospitalier n'est amené à répondre personnellement de ses fautes que si elles sont d'une gravité toute particulière. Quant aux victimes, elles obtiennent réparation du préjudice qu'elles ont subi, à condition qu'une faute lourde en soit la cause.

CHAPITRE III

LA RESPONSABILITE MEDICALE ET LE DROIT CIVIL

Le domaine de la responsabilité civile est le domaine de la réparation. Dire qu'un médecin est responsable civilement à l'égard de ses malades, c'est dire que ceux-ci peuvent lui demander réparation du dommage qu'ils estiment avoir subi du fait de son activité médicale.

Il ne s'agit plus de droit public, la société n'intervient pas pour punir un de ses membres, ni pour fixer des règles particulières pour la réparation du dommage causé, mais de droit civil, c'est-à-dire des rapports des individus entre eux.

La responsabilité médicale implique une notion de faute, car on ne concevrait pas qu'un médecin puisse être déclaré responsable d'un dommage s'il n'a pas commis de faute.

Mais qu'est la faute médicale ? La définir, c'est en fait définir les obligations qui incombent au médecin et dont l'inexécution constitue une faute, c'est résoudre le problème du fondement de la responsabilité médicale.

Aucun texte du Code civil ne s'appliquant particulièrement aux médecins en tant que tels, c'est à la jurisprudence qu'est revenue la tâche d'établir les bases de cette responsabilité, à partir des lois générales dont elle disposait.

• Thèse du fondement délictuel

Les tribunaux ont d'abord fait application aux médecins des articles 1382 et 1383 du Code civil :

- ARTICLE 1382 : « Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer. »
- ARTICLE 1383 : « Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou son imprudence. »

Et ce fut, après une longue période d'irresponsabilité juridique médicale, l'arrêt rendu le 18 juin 1835 par la Chambre des requêtes de la Cour de cassation. Les médecins étaient responsables lorsque, dans l'exercice de leurs fonctions, ils causaient un préjudice au malade en ayant commis une faute évidente, une négligence ou une imprudence, décidait la Cour de cassation suivant les conclusions du Procureur général DUPIN :

« Les articles 1382 et 1383 du Code civil rappellent le principe général que chacun est responsable des dommages qu'il a causés non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence. »

« ... Du moment que les faits reprochés aux médecins sortent de la classe de ceux qui, par leur nature, sont exclusivement réservés aux doutes et aux discussions de la science, du moment qu'ils se compliquent de négligence, de légèreté ou d'ignorance des choses qu'on devrait nécessairement savoir, la responsabilité de droit commun est encourue et la compétence de la justice est ouverte... »

La Cour de cassation affirmait ainsi que la responsabilité médicale avait un fondement délictuel ou quasi délictuel, c'est-à-dire que l'activité professionnelle des médecins faisait partie du domaine d'application des articles 1382 et 1383 du Code civil. Selon ces articles, la victime doit faire la preuve qu'elle a subi un dommage, que le médecin a commis une faute, et qu'il y a un lien de causalité entre l'un et l'autre.

La matérialité du dommage et son lien de causalité avec l'activité médicale ne posèrent pas de difficultés insurmontables, mais le véritable problème pour les tribunaux fut de définir la faute médicale.

Dès l'arrêt de 1835, il fut admis que les faits de science ou de doctrine pures échappaient à l'appréciation des juges; le Procureur général DUPIN l'avait expressément précisé dans ses conclusions :

« Il ne s'agit pas de savoir si tel traitement a été ordonné à propos ou mal à propos, si un autre n'aurait pas été préférable, si une opération était ou non indispensable, si avec tel ou tel instrument, d'après tel ou tel procédé, elle n'aurait pas mieux réussi; ce sont là des questions scientifiques à débattre entre docteurs, qui ne peuvent constituer des cas de responsabilité civile et tomber sous l'examen des tribunaux...; la question est ici entre HIPPOCRATE et GALIEN, elle n'est pas judiciaire. »

Et les tribunaux ont constamment repris cette notion : il ne peut être reproché à un médecin d'avoir appliqué telle théorie de préférence à une autre, dès l'instant qu'il s'agit de questions controversées dont la solution ne peut être considérée comme faisant partie des « choses que l'on doit savoir ».

Cette distinction, entre deux catégories d'actes médicaux, qui paraît simple, soulève en fait des difficultés, car la limite entre les choses qu'un médecin doit savoir et celles qu'il peut ne pas savoir n'est pas toujours évidente.

Pour décider, le juge dispose le plus souvent d'un rapport d'expertise dans lequel il puise les éléments de sa conviction, mais c'est lui qui en définitive doit juger, c'est-à-dire déclarer que la faute est telle qu'elle est constitutive de responsabilité pour celui qui l'a commise.

Au cours du XIX^e siècle et au début du XX^e, les tribunaux appliquant cette théorie du fondement délictuel utilisèrent des formules variées pour qualifier la faute médicale : « faute lourde », « méprise grossière », « négligence impardonnable », « légèreté », « imprudence inexcusable » ou même « faute quelconque » (la chambre civile de la Cour de cassation déclare dans un arrêt du 29 novembre 1920 que

« les dispositions des articles 1382 et 1383 du Code civil s'appliquent à toute faute quelconque de l'homme, qui, quelle que soit sa situation ou sa profession, cause un préjudice à autrui, et qu'il n'existe aucune exception en faveur du médecin »).

C'est dire les difficultés que rencontrèrent les tribunaux pour donner une définition satisfaisante de la faute médicale, permettant de mettre en cause la responsabilité civile du médecin, tout en respectant l'exercice d'une profession, qui implique souvent des initiatives hardies qui ne doivent pas être paralysées par une crainte excessive des responsabilités juridiques.

Par ailleurs, la thèse du fondement délictuel de la responsabilité médicale a les conséquences juridiques principales suivantes :

- la nécessité, s'agissant d'un dommage à la personne physique, constitutif par conséquent d'une infraction pénale d'introduire l'action dans les trois ans au plus du dommage;
- l'obligation, déjà soulignée, pour la victime de supporter la charge de la preuve;
- la nécessité pour le médecin jugé responsable de réparer tout le dommage direct ou indirect, même imprévisible, causé par sa faute au malade.

Les inconvénients de cette thèse et de ses conséquences apparurent tels qu'ils amenèrent la jurisprudence à donner un autre fondement à la responsabilité médicale.

En effet, non seulement la faute médicale s'était révélée impossible à définir d'une manière satisfaisante, mais on constata que la victime supportait une charge trop lourde en devant apporter la preuve de cette faute et qu'elle risquait d'être lésée par la prescription triennale, car une faute médicale peut avoir des conséquences dommageables plus de trois ans après avoir été commise.

• Thèse du fondement contractuel

C'est ainsi que les juristes introduisirent une nouvelle notion destinée à surmonter ces difficultés, la notion de contrat. Ils affirmèrent qu'il s'établit entre le malade et son méde-

cin un contrat, dont l'inexécution peut donner naissance à une action en responsabilité.

Ce revirement fut consacré par l'arrêt rendu le 20 mai 1936 par la Chambre civile de la Cour de cassation :

« ... attendu qu'il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat, comportant pour le praticien l'engagement, sinon, bien évidemment, de guérir le malade, ce qui n'a, d'ailleurs, jamais été allégué, du moins de lui donner des soins, non pas quelconques, ainsi que paraît l'énoncer le moyen du pourvoi, mais consciencieux, attentifs et, réserve faite des circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science; que la violation, même involontaire de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle; que l'action civile qui réalise une telle responsabilité ayant ainsi une source distincte du fait constitutif d'une infraction pénale et puisant son origine dans la convention préexistante, échappe à la prescription triennale... »

Cette construction juridique avait été élaborée dans le but de supprimer un certain nombre des inconvénients que présentait la thèse délictuelle. En effet, s'agissant d'un contrat, la victime avait trente ans pour introduire une action en responsabilité; elle n'avait pas à faire la preuve de la faute, mais seulement de l'inexécution du contrat, et le médecin n'était tenu de réparer que les dommages prévisibles au moment du contrat.

Mais il était nécessaire au préalable de définir ce qu'était ce contrat. La Cour de cassation, dans son arrêt de 1936, avait déclaré que si l'on admettait l'existence d'un contrat médical, il fallait appliquer les règles du Code civil relatives aux contrats.

Le Code civil exige un certain nombre de conditions générales pour leur validité :

— ARTICLE 1108 : « Quatre conditions sont essentielles pour la validité d'une convention :

- le consentement de la partie qui s'oblige;
- sa capacité de contracter;
- un objet certain qui forme la matière de l'engagement;
- une cause licite dans l'obligation. »

Il ne peut être question dans ce travail de faire une étude détaillée des problèmes juridiques que soulèvent ces quatre conditions, mais il est possible, en évoquant quelques questions posées par le consentement des parties et par l'objet du contrat, de montrer combien l'assimilation de l'acte médical à un contrat, tel que le conçoit le droit civil, est malaisée.

LE CONSENTEMENT

Pour être valable, un contrat nécessite le consentement libre et éclairé de chacune des parties. Le malade est-il toujours en mesure de donner un tel consentement ?

Le problème est lié en partie à celui de la capacité de contracter, car, en dehors des cas où un malade consulte librement un médecin et accepte le traitement que celui-ci lui propose, il existe de nombreux autres cas où cette adhésion personnelle n'est pas réalisable, soit qu'il s'agisse d'incapables au sens juridique du terme, mineurs et autres incapables civils (article 1124 du Code civil), soit qu'il s'agisse de personnes qui ne sont pas, momentanément, en état de consentir de par le mal même, qu'il s'agit de guérir, ce sont des incapables de fait.

Avec qui alors le médecin conclut-il un contrat ? Avec les représentants légaux des incapables de droit, mais dans le cas des incapables de fait ? Personne ne peut donner valablement ce consentement personnel qui est nécessaire à la validité du contrat; certains parlent alors de quasi-contrat. Le médecin doit souvent décider lui-même, seul, étant donné l'urgence et le fait même que le malade ne pourra être en état de consentir qu'après qu'il aura reçu ses soins.

Mais, même en reprenant les cas où le malade consent librement à l'acte médical, son consentement pourra-t-il être « éclairé », donné en connaissance de cause ? Il est en droit d'interroger le médecin sur le traitement proposé, mais les explications que pourra lui fournir celui-ci seront nécessairement limitées, faute par le malade de posséder toutes les connaissances utiles à la compréhension d'un acte médical, si simple soit-il en apparence.

D'autre part, à cette inégalité de connaissances entre le malade et le médecin, s'ajoute un deuxième ordre de considérations qui peut s'opposer à ce que le malade soit complètement informé de ce qui lui est proposé. Le médecin doit-il expliquer en détail la possibilité d'échecs, d'effets secondaires, doit-il toujours donner au malade toutes les précisions concernant la gravité de son état, sans compromettre l'efficacité même de la thérapeutique ? Il ne s'agit pas de vouloir se substituer au malade en le considérant comme un diminué, ainsi que semblent le redouter certains juristes, mais de ne pas amoindrir ou même détruire, par des craintes, des doutes, la confiance du malade qui est une composante importante, essentielle, du traitement.

Le médecin doit certainement s'efforcer, dans tous les cas où cela est possible, d'obtenir un consentement valable de la part de son malade, en l'informant des risques encourus et de la nature du résultat qu'il poursuit, de façon à éviter des déceptions et à obtenir une participation active du malade ; de façon également à éviter de voir sa responsabilité juridique mise en cause par le malade apportant la preuve qu'il n'aurait pas consenti à un acte médical s'il avait été en mesure d'apprécier plus exactement les chances de sa réussite.

Mais décider des cas où cette attitude est possible ou au contraire est susceptible de nuire au malade reste du domaine de sa conscience. Et bien souvent, on peut dire, en paraphrasant le Professeur PORTES, que l'acte médical met en présence une conscience et une confiance, plutôt que des co-contractants, tels que les prévoit le Code civil.

L'OBJET DU CONTRAT MÉDICAL

Quel est l'objet du contrat qui unit le médecin et son malade ? Le médecin ne peut évidemment s'engager à procurer la guérison ou à obtenir un résultat déterminé à l'avance, mais, dit la Cour de cassation dans son arrêt de 1936, il

« s'engage seulement à donner au malade des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données actuelles de la science ».

Ces affirmations qui ne peuvent être contestées, impliquent que, juridiquement, le contrat médical est un contrat de moyens et non un contrat de résultat. Une obligation de moyens est en droit une obligation de prudence et de diligence; le débiteur de l'obligation s'engage à mettre en œuvre tous les moyens pour parvenir à un but, mais non à parvenir à ce but.

Une conséquence très importante en découle pour l'administration de la preuve de la faute. Il ne suffira pas en effet à la victime de faire la preuve du dommage qu'elle a subi, c'est-à-dire de l'inexécution de l'obligation contractée par le médecin, pour obtenir réparation; puisqu'il s'agit d'une obligation de moyens, il lui faudra démontrer que le médecin a failli à cette obligation de prudence et de diligence, ce qui revient en définitive à démontrer qu'il a commis une faute. L'avantage qu'on avait voulu lui donner en transférant la responsabilité médicale du terrain délictuel au terrain contractuel, et qui devait la dispenser de la preuve de la faute, n'existe pas en réalité. C'est toujours à elle qu'incombe la charge de prouver qu'une faute a été commise par le médecin.

Quant à la nature de cette faute, elle n'est pas différente en fait, qu'il s'agisse de responsabilité délictuelle ou de responsabilité contractuelle. Si, en droit civil, on admet que l'interprétation de la faute contractuelle doit être plus souple que celle de la faute délictuelle (on juge du degré de gravité de la première, alors que la deuxième peut être constituée par la faute la plus légère), il n'est pas possible de faire ces distinctions concernant la faute médicale, qui doit être appréciée dans chaque cas en tenant compte des circonstances qui l'ont entourée et des exigences propres à l'exercice de la profession médicale.

D'autres objections ont pu être faites à la thèse de la responsabilité contractuelle du médecin.

Il n'est pas possible de l'appliquer dans tous les cas où un médecin accomplit un acte de sa profession; on ne peut trouver les éléments d'un contrat, valable juridiquement, entre le malade et le médecin dans le cadre de la médecine sociale

obligatoire ou même dans le cadre de la médecine hospitalière, ainsi qu'il a été dit en étudiant la responsabilité médicale et le droit administratif.

D'autre part, elle n'est pas exclusive d'une responsabilité délictuelle quand la faute médicale constitue une infraction pénale.

Elle ne peut être invoquée que par le co-contractant, c'est-à-dire le malade lui-même, ou ses ayants-cause, dans la mesure où ils demandent réparation du préjudice pécuniaire subi par le patrimoine du défunt. Par contre, les proches de la victime ne peuvent faire jouer que la responsabilité délictuelle du médecin pour obtenir réparation du préjudice pécuniaire ou moral que leur a causé la mort du malade qu'ils imputent à une faute médicale.

Par ailleurs, la thèse du fondement contractuel n'a pas d'influence sur le montant de la réparation qui, d'après l'article 1150 du Code civil, n'est due, sauf mauvaise foi, que pour les dommages prévisibles lors du contrat, car en fait les dommages qu'une faute médicale peut causer à la santé de la victime font partie des risques prévisibles dès le contrat médical. Elle ne saurait enfin permettre au médecin de stipuler des clauses de non-responsabilité, car celles-ci sont interdites pour toutes les fautes compromettant l'intégrité de la personne humaine.

En pratique, l'action en responsabilité contractuelle ressemble beaucoup à l'action en responsabilité délictuelle quand il s'agit de responsabilité médicale. La seule différence notable qui subsiste est la possibilité pour le malade d'obtenir pendant trente ans la réparation de son préjudice, s'il invoque un contrat médical.

* *

Enfin, il faut noter que la responsabilité du médecin peut être mise en cause pour des fautes commises par d'autres que par lui. Cette responsabilité sera envisagée, par rapport aux auxiliaires médicaux participant à l'exécution d'une urographie intraveineuse, dans la troisième partie de ce travail.

En conclusion de cette première partie, on peut dire que quelles que soient les qualifications juridiques qui lui sont données, la responsabilité médicale repose sur l'idée de faute, et que son fondement doit être recherché dans tout manquement à l'obligation qu'a le médecin de prodiguer à son malade des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données actuelles de la science, appréciées en chacune des circonstances différentes où il exerce sa profession.

LES ACCIDENTS PROVOQUÉS PAR LES UROGRAPHIES INTRAVEINEUSES

Les éléments de cette deuxième partie sont empruntés d'une part à la communication faite par MM. L. DEROBERT, R. WOLFROMM, A. DEHOUE et R. LANGE à la *Société de Médecine Légale*, le 9 mars 1964, d'autre part aux premiers résultats de l'enquête menée sous la direction de M. DEHOUE et destinée à une publication à la *Société d'Electro-Radiologie*.

Il convient tout d'abord de souligner la rareté des accidents graves causés par l'urographie intraveineuse, dont l'intérêt ne doit pas être remis en question. Les auteurs précités écrivent :

« Nous n'hésitons pas à écrire qu'il nous paraît plus dangereux, plus grave pour la vie et l'avenir d'un malade de méconnaître une indication d'urographie plutôt que d'en étendre l'usage. »

Et plus loin, ils rappellent les principales indications, en présence desquelles le médecin commettrait une négligence grave en ne prescrivant pas une U.I.V. :

« Hématurie, pyurie, albuminurie, hypertension, insuffisance rénale légère, douleur rénale, lithiase rénale, tumeur rénale, tuberculose rénale, lésion traumatique du rein, malformation congénitale du rein, des uretères, de la vessie méritent l'urographie. Elle est un des plus sûrs moyens d'apprécier, en évitant toute manœuvre instrumentale, la morphologie, les aptitudes d'évacuation du rein, des bassins, des uretères, de la vessie, la forme de la prostate endovésicale. »

« L'urographie est indispensable pour préciser le siège d'une tumeur pararénale du plan rétropéritonéal, voire d'une tumeur abdominale. Elle permet d'établir les rapports des voies excrétrices et des reins avec toute autre lésion. Enfin elle constitue une des meilleures épreuves

fonctionnelles rénales qui permet de juger la fonction globale des reins et celle de chaque rein séparément par la quantité et la rapidité de sécrétion et d'évacuation de la substance opaque. »

L'opacification est obtenue en utilisant des substances mono, bi ou tri-iodés organiques hydrosolubles, injectées par voie intraveineuse. Elles s'éliminent électivement par le rein et ont une action diurétique.

Les plus utilisées en France sont soit un dérivé de la pyridone : Diodone (solutions à 70, 50, 35, 20 %), soit des dérivés de l'acide benzoïque : Radiosélectan urinaire (solutions à 76 et 60 %), ou Vasurix (solutions à 50, 38 et 25 %).

La quantité de produit injecté est habituellement de 20 ml.

CHAPITRE I

FREQUENCE DES ACCIDENTS

Les statistiques, françaises et étrangères, dont font état les auteurs de la communication à la *Société de Médecine Légale*, font apparaître une fréquence d'accidents mortels allant de 1 pour 33.333 à 1 pour 119.745, soit en moyenne pour un total de 11.987.000 urographies intraveineuses, 1 cas mortel pour 107.990.

L'enquête menée par la *Société d'Electro-Radiologie* donne les résultats suivants pour 851.000 urographies :

- 14 accidents mortels, soit environ 1 pour 60.000;
- 308 accidents sérieux, soit environ 1 pour 2.850;
- 9.000 incidents bénins, soit environ 1 pour 94.

Ces chiffres permettent d'affirmer que les accidents mortels provoqués par les urographies intraveineuses sont des accidents exceptionnels.

CHAPITRE II

CLINIQUE

Parmi les accidents mortels, auxquels se limite cette étude, il faut distinguer les accidents immédiats ou précoces, qui posent des problèmes médico-légaux graves et les accidents retardés, survenant plusieurs heures après l'injection du produit de contraste et qui ont été observés chez des sujets atteints de néphropathie ou de myélome malin.

Les accidents mortels immédiats sont précédés ou non de prodromes : nausées ou vomissements, accès de toux spasmodique, pâleur subite du visage, sueurs, angoisse, douleur en barre épigastrique, prurit sans lésion cutanée ou avec poussée d'urticaire ou rashes éruptifs.

Si ces symptômes existent, ils ont une valeur d'alarme qui doit faire instituer une thérapeutique; ils peuvent aussi exister en dehors du grand choc et restent alors de simples incidents.

Le tableau du grand choc survient très brutalement au cours même de l'injection ou quelques secondes après sa fin, avec, au premier plan :

- les manifestations cardio-vasculaires, le collapsus vasculaire est constant avec hypothermie, pâleur puis cyanose ou rougeur diffuse du visage : la mort peut survenir en quelques secondes ou quelques minutes.

A ce tableau de défaillance circulatoire s'associent, de façon également brutale, des manifestations diverses, donnant ainsi plusieurs aspects cliniques :

- des manifestations respiratoires, les plus fréquentes, asthme, œdème aigu ou subaigu du poumon, asphyxie mécanique de l'œdème de la glotte, apnée brutale;
- des manifestations digestives, nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée;
- des manifestations nerveuses, convulsions, perte de connaissance, coma;
- ou enfin des manifestations cutanées, fréquentes, prurit, érythème généralisé, œdème de Quincke, œdème de la glotte, ictus laryngé.

L'évolution se fait souvent vers la guérison, parfois spontanément, parfois en fonction de la rapidité du traitement.

Les auteurs insistent sur le lien indiscutable qui existe entre l'issue fatale et la rapidité d'apparition des accidents.

CHAPITRE III

PHYSIO-PATHOLOGIE

Les auteurs, après avoir mis à part certaines observations où il s'agit en fait d'une coïncidence, s'attachent pour les cas, qui sont la majorité, où la relation de cause à effet entre l'injection et la mort est établie de façon valable, à étudier les mécanismes qui peuvent expliquer la survenue de l'accident.

La toxicité directe ou indirecte de l'iode n'ayant jamais été retenue, on est amené à reconnaître à l'allergie ou aux phénomènes qui lui sont apparentés (histamino-libération, phénomènes anaphylactoïdes), un rôle prépondérant.

1) En faveur de l'allergie, on note les arguments suivants : l'indiscutable réalité de l'allergie à l'iode, et ceci même si l'accident survient à un premier examen, car tout individu a absorbé de l'iode, soit dans des médicaments, soit dans les aliments et la similitude clinique des accidents précoces de l'U.I.V. avec ceux des chocs anaphylactiques d'autre nature observés chez l'homme.

Mais la preuve formelle de l'allergie ne pourrait être faite, étant donné que ni la clinique, ni même l'anatomo-pathologie ne sont spécifiques, que si pouvait être démontrée la réalité du conflit immunologique antigène-anticorps; ce n'est pas possible actuellement, mais il semble que le test de SHELLEY devrait permettre dans l'avenir d'obtenir cette preuve.

2) Les phénomènes anaphylactoïdes peuvent, dans certains cas, donner une explication à ces accidents. Le choc anaphylactoïde, qui a les mêmes manifestations cliniques que le choc histaminique, s'observe après l'injection de substances, venins, médicaments, susceptibles de libérer directement l'histamine des tissus, il s'agit alors d'une libération directe, sans injection préparante, tandis que dans l'allergie cette libération d'histamine suppose une sensibilisation préalable. Certains faits cliniques observés au cours des U.I.V. montrent que l'histaminolibération peut se faire progressivement et sans choc important.

Il y a lieu de noter également un autre mécanisme étiopathogénique mettant en cause la réaction provoquée par la substance iodée au contact de l'endothélium veineux et entraînant, par voie réflexe, une inhibition centrale irréversible.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Le traitement des accidents déclarés (l'étude de leur prévention sera faite ensuite) est dominé par la notion d'extrême urgence, en sachant que la brutalité de certains d'entre eux peut rendre la thérapeutique difficile et inefficace.

Le collapsus cardio-vasculaire et la défaillance respiratoire sont les deux éléments qui sont susceptibles d'engager le pronostic vital.

Pour lutter contre le collapsus cardio-vasculaire, on fera appel à l'adrénaline (déconseillée par certains comme pouvant favoriser la fibrillation auriculaire chez un sujet en état d'anoxie, mais que les auteurs maintiennent à la première place en raison de son efficacité) et aux médications apparentées, Noradrénaline, Néosynéphrine, aux corticoïdes, intéressants surtout dans les chocs prolongés, aux antihistaminiques de synthèse, utiles mais d'action plus lente et insuffisants à eux seuls. L'administration rapide de ces médicaments exige le recours à la voie veineuse, dont l'abord peut être rendu difficile du fait du collapsus, et nécessiter une dénudation.

La défaillance respiratoire, présente dans un nombre important de cas, impose le recours à l'oxygénothérapie, mise en place immédiatement, ou à la réanimation respiratoire pratiquée d'urgence.

CHAPITRE V

PREVENTION

Les moyens à mettre en œuvre, afin d'éviter, dans la mesure du possible, les accidents mortels provoqués par l'injection de substances iodées pour urographie, sont actuellement les suivants :

- l'élimination des contre-indications;
- l'administration d'une prémédication, s'il y a lieu;
- les précautions à prendre lors de l'injection intraveineuse;
- et enfin la disponibilité immédiate des moyens thérapeutiques.

Les tests allergologiques ne peuvent pas être considérés comme faisant partie des moyens de prévention pour le dépistage de la sensibilisation à l'iode. En effet, les auteurs qui les ont utilisés jusqu'à présent sont unanimes pour reconnaître leur infidélité et la difficulté de leur interprétation, qu'il s'agisse de test sublingual, de cuti ou d'intra-dermo-réaction, ou de test conjonctival; une réaction négative n'a pas de signification et une réaction positive ne permet que des conclusions prudentes, car l'iode est une substance irritante susceptible de provoquer de fausses réactions positives.

Le test de provocation, constitué par l'injection intraveineuse préalable d'un millilitre de substance de contraste, n'a pas de valeur, et est de surcroît dangereux, car il peut à lui seul déclencher l'accident mortel.

• Les contre-indications

Elles seront décelées par un examen soigneux et orienté du malade, qui devra comporter :

- une étude des antécédents précisés par l'interrogatoire et portant sur l'état cardio-vasculaire, l'état rénal, les antécédents allergiques (urticaire, asthme, migraine, rhume des foins), en recherchant tout particulièrement les intolérances à l'iode, le comportement à l'occasion d'urographies précédentes, l'existence de traitements médicaux associés, avec possibilité de contre-indications (le cyanure de mercure est un composé hypertoxique avec l'iode) ;
- un examen clinique qui vérifiera en particulier la tension artérielle ;
- l'étude des résultats des examens de laboratoire, taux d'urée (absence d'image valable au-dessus de 0,80 g), élimination de la phénolphtaléine, Van Slyke.

Ce sont :

« Les cardiopathies graves et décompensées, les poussées hypertensives sévères, les infarctus pulmonaires et cardiaques récents, les insuffisances rénales graves, les insuffisances hépatiques graves, les tuberculoses évolutives sévères, la maladie de Basedow en poussée d'hyperthyroïdie, l'asthme grave, les états allergiques sévères et évolutifs. »

• La prémédication

Elle est utile, en particulier lorsque des accidents allergiques ont été notés chez le malade ; des corticoïdes et des antihistaminiques peuvent alors lui être administrés soit *per os*, les jours précédant l'examen, soit dans la demi-heure qui précède l'injection intraveineuse du produit iodé ; cette prémédication sera effectuée sans que l'on puisse, sur le plan pratique, affirmer sa valeur et encore moins l'intérêt qu'il y aurait à la généraliser.

L'état psychologique du malade auquel il convient de prêter une attention spéciale, pourra nécessiter une thérapeutique sédative.

Enfin, dans certains cas, malade ayant subi un grand choc, malade grand anxieux par exemple, il est préférable de pratiquer l'examen en milieu hospitalier, avec admission vingt-quatre heures à l'avance.

- **Les précautions à prendre pour l'injection intraveineuse**

Le radiologue, s'il n'effectue pas lui-même cette injection, ne doit la confier qu'à un auxiliaire qualifié et doit exercer une surveillance effective sur son déroulement. En effet, s'il est évident que les précautions techniques peuvent fort bien être respectées par un aide, c'est au radiologue, au médecin, qu'il incombe d'apprécier les incidents qui peuvent survenir et de décider de la mise en œuvre immédiate d'un traitement. De plus, sa présence ne peut que contribuer à créer l'atmosphère de calme et de compétence qui est nécessaire au malade.

L'injection du produit, préalablement tiédi, sera pratiquée sur le sujet en décubitus, en respectant certaines conditions de temps : après l'introduction du premier millilitre, arrêt de trente à soixante secondes, dans l'attente d'incidents possibles, puis reprise lente pour terminer en quatre à cinq minutes. Il est indispensable de pousser l'injection très lentement, une concentration trop élevée du produit dans le sang pouvant être génératrice d'accidents cérébraux.

Il convient de surveiller attentivement l'apparition de symptômes mineurs tels que : barre épigastrique, nausées, céphalées, gêne laryngée, toux sèche, éternuement, prurit, larmoiement, rhinorrhée, car ils peuvent être suivis très brutalement de manifestations plus graves.

Un traitement précoce peut être institué dès l'apparition de ces premiers incidents, auxquels, cependant, tous les auteurs n'attachent pas la même importance, certains d'entre eux ne mettant en œuvre les moyens thérapeutiques que lorsque surviennent les manifestations telles que : pâleur, sueur, angoisse.

- **Disponibilité immédiate des moyens thérapeutiques**

Le radiologue doit pouvoir disposer, sans aucun retard, des médicaments nécessaires : adrénaline, corticoïdes, antihistaminiques, oxygène, et avoir prévu la possibilité d'une réanimation respiratoire rapide.

En conclusion, les accidents précoces provoqués par l'injection intraveineuse de produits de contraste iodés pour urographie sont très rares, 1 pour 100.000 environ, et leur étiologie n'est pas complètement élucidée. Leur survenue imprévisible et leur traitement difficile, s'ils doivent inciter les médecins à s'entourer de toutes les précautions utiles, « ne doivent pas pour autant restreindre les indications de l'urographie, car les urologues, les néphrologues, les médecins de médecine interne observent plus de morts déterminées par une urographie non faite en temps utile que par accident », en citant encore une fois les auteurs de la communication à la *Société de Médecine Légale*.

ÉLÉMENTS DE RESPONSABILITÉ JURIDIQUE DANS LES ACCIDENTS MORTELS DES UROGRAPHIES INTRAVEINEUSES

Une remarquable préalable peut être faite au sujet de l'attitude du public vis-à-vis de ces accidents : que leur cause soit un acte de diagnostic, comme l'est l'U.I.V., favorise certainement la mise en cause de la responsabilité médicale, car un accident mortel est plus facilement accepté s'il s'agit d'un acte thérapeutique, surtout chirurgical.

Les malades, intéressés surtout par le traitement qui doit les soulager, sont en général peu conscients des étapes successives qui sont nécessaires à un médecin pour aboutir d'abord à un diagnostic.

Or l'établissement d'un diagnostic précis suppose, dans un toujours plus grand nombre de cas, des explorations variées qui ne sont pas toutes totalement dépourvues de risques.

Le problème se pose souvent pour le médecin de décider quelles explications doivent être données à un malade pour lui faire comprendre la nécessité d'un examen et quelles autres sont inutiles ou même dangereuses.

Dans le cas des urographies intraveineuses, on peut penser que renseigner exactement le malade sur le risque couru, en vue d'obtenir un consentement véritablement « éclairé », accroît en fait ce risque, le rôle de l'anxiété dans la genèse de ces accidents étant bien connu.

Cette troisième partie comporte trois chapitres :

- 1) A qui incombe la responsabilité de l'accident ?
- 2) Sur quel fondement juridique ?
- 3) Quels sont les éléments constitutifs d'une faute ?

CHAPITRE I

A QUI INCOMBE LA RESPONSABILITE

A) Deux médecins interviennent dans la plupart des cas : le premier prescrit l'examen et, le deuxième, le radiologue, l'effectue. Tous deux peuvent être responsables des conséquences d'un accident survenant à la suite de cet examen : le médecin traitant pour avoir commis une faute en posant l'indication, le radiologue pour une faute commise, non seulement dans l'exécution, mais aussi en n'ayant pas vérifié le bien-fondé de l'indication. Tous deux, concourant mutuellement à l'établissement d'un diagnostic, peuvent voir engager leur responsabilité de façon conjointe, un peu comparable à celle du chirurgien et de l'anesthésiste qui participent ensemble à l'exécution d'une intervention chirurgicale.

B) D'autre part, peut se poser la question de la responsabilité de l'auxiliaire qui a pratiqué l'injection.

L'injection intraveineuse fait partie, aux termes de l'arrêté du Ministre de la Santé Publique et de la Population du 6 janvier 1962 (J.O. du 1^{er} février 1962)

« ... des actes qui peuvent être exécutés par des auxiliaires médicaux qualifiés et uniquement sur prescription qualitative et quantitative du médecin, mais en dehors de la présence de celui-ci... »

Mais on peut se demander si, s'agissant d'urographie, la nature des accidents et leur survenue possible au cours même de l'injection, n'en fait pas un véritable acte médical plutôt

qu'un simple acte de soins, et s'il n'y a pas faute pour un médecin à ne pas la pratiquer lui-même ?

Sans répondre à cette question, et en excluant toute notion de faute de la part du médecin, la responsabilité des fautes de l'auxiliaire médical incombe :

1) *Dans le secteur privé*, au médecin qui l'emploie, en application des principes de la responsabilité du fait d'autrui. Cette responsabilité du fait d'autrui est une responsabilité contractuelle dans la majorité des cas; en effet, lorsqu'un médecin se fait assister, à son cabinet, par un auxiliaire qualifié, il fait exécuter par celui-ci une partie des obligations qu'il a assumées à l'égard de son malade; par conséquent, il doit répondre de l'activité dommageable de l'auxiliaire en application de l'article 1147 du Code Civil.

Cependant il peut s'agir de responsabilité délictuelle suivant l'article 1384 du Code Civil lorsqu'il n'y a pas eu formation de contrat entre le médecin et le malade, ou à l'égard des ayants-cause de la victime.

2) *Dans le secteur public*, l'administration est responsable de son personnel infirmier et doit répondre, selon la jurisprudence du Conseil d'Etat, des dommages causés, même par une faute simple, à l'occasion des « actes de soins » (à la différence des actes médicaux qui n'engagent la responsabilité de l'administration que s'il y a faute lourde).

CHAPITRE II

LE FONDEMENT JURIDIQUE DE LA RESPONSABILITE

S'agissant d'accidents mortels, le médecin va se trouver en présence d'une demande en réparation formulée par les proches de la victime pour le préjudice matériel et moral qu'ils estiment avoir subi; ceux-ci ne peuvent invoquer que sa responsabilité délictuelle car aucun contrat ne s'est formé entre eux.

Ils pourront introduire leur action sur la base des articles 1382 et 1383 du Code Civil soit directement, soit en se constituant partie civile, si une poursuite est engagée contre le médecin du chef d'homicide involontaire.

Si le décès s'est produit à l'hôpital, l'action en responsabilité devra être intentée devant les tribunaux administratifs.

CHAPITRE III

LES ELEMENTS CONSTITUTIFS DE LA FAUTE MEDICALE

Avant de qualifier de faute tel ou tel geste du praticien, il faut que soit établi le lien de causalité entre le préjudice, la mort du malade, et l'injection du produit de contraste effectuée en vue de l'urographie intraveineuse.

Ce lien de causalité existe dans la majorité des cas, cependant il peut arriver que la mort constitue une « coïncidence ». Les auteurs de la communication à la *Société de Médecine Légale* citent, par exemple, des morts d'origine coronarienne sur la table d'examen, ou la mort survenue cinq minutes après l'injection, dans un tableau de choc semblable à celui attribué à l'injection d'un produit de contraste iodé, d'un homme jeune, dont l'autopsie révéla qu'il était porteur d'un cancer métastatique du foie ayant entraîné une hémorragie intra-péritonéale.

L'autopsie a donc un très grand intérêt car, si elle ne peut apporter une certitude concernant un choc anaphylactique, elle permet éventuellement d'attribuer la mort à un autre mécanisme.

A) Au médecin traitant peut être reproché d'avoir posé une mauvaise indication d'U.I.V. Pour se libérer de cette accusation, il doit pouvoir apporter la preuve, par les notes qu'il a prises et qu'on retrouvera dans son fichier ou dans le dossier du malade, qu'il a conduit son examen d'une façon complète et qu'il n'a fait sa prescription qu'après avoir éliminé, en les discutant, les contre-indications.

B) Pour le radiologue, la faute peut consister dans le fait de n'avoir pas vérifié les raisons justifiant une U.I.V. N'étant pas un simple technicien, il a le devoir de s'assurer du bien fondé de l'indication, ce qui lui donne le droit de refuser de pratiquer l'examen si une contre-indication majeure lui apparaît. Pour établir l'absence de faute de sa part, il devra disposer d'éléments tels que : lettre circonstanciée du médecin-traitant, dossier du malade constitué par les renseignements recueillis par l'interrogatoire et par les examens pratiqués avant l'injection.

Ainsi qu'il a été dit plus haut, il ne peut lui être reproché de n'avoir pas pratiqué les tests de sensibilisation à l'iode, étant donné leur infidélité et le danger que parfois ils présentent par eux-mêmes.

D'autres fautes pourront être relevées dans la conduite même de l'injection et le radiologue devra être en mesure d'apporter la preuve que les précautions énumérées dans le *Chapitre V* de la deuxième partie ont bien été observées.

JURISPRUDENCE

Dans cette dernière partie seront analysées les conséquences judiciaires d'un accident mortel survenu, non à la suite d'une urographie, mais d'un examen analogue : une cholangiographie après injection intraveineuse d'un produit de contraste iodé.

Les faits étaient les suivants :

Le malade, souffrant de gastralgies, avait consulté son médecin qui, après un traitement resté sans résultat, lui prescrivit une radiographie des voies biliaires.

Muni d'une ampoule de 20 ml d'Intrabilix à 50 %, il se présenta le 17 octobre 1960 chez le radiologue, afin de faire faire cet examen, mais peu après la fin de l'injection, fut pris de malaises graves et succomba malgré les soins qui lui furent prodigués (injections de Camphophyline, Pressyl, Hydrocortisone, respiration artificielle et administration d'oxygène).

Une plainte fut déposée par sa veuve et une information ouverte du chef d'homicide involontaire. Après expertise, le magistrat instructeur rendit une ordonnance de non-lieu.

L'autorité au civil de la chose jugée au pénal ne s'attachant qu'aux décisions prononcées par des juridictions de jugement, cette ordonnance de non-lieu ne fit pas obstacle à la poursuite de l'action civile.

Le tribunal de grande instance de Carpentras rendit son jugement le 7 janvier 1964, déclarant le radiologue responsable des conséquences dommageables du décès du malade, survenu à la suite d'une injection d'Intrabilix et le condamnant à des dommages-intérêts en réparation du préjudice causé à la veuve et à l'enfant mineur.

« ... Attendu qu'en l'espèce le Docteur X... eut dû faire preuve d'une très grande prudence devant l'attitude d'une part de P..., qui n'a pas hésité à déclarer qu'il avait très peur, et d'autre part en raison des risques que présente l'utilisation de l'Intrabilix Guerbet de l'aveu même des laboratoires fabriquant ce produit;

« Qu'il résulte en effet des documents produits et émanant du laboratoire Guerbet que l'Intrabilix présente des risques d'accidents graves entraînant la mort du patient et que notamment le facteur psychique paraît jouer un grand rôle en pareil cas;

« Attendu que c'est en vain que le Docteur X... fait observer que P..., client du Docteur Y..., et suivi par ce dernier depuis plus de trois ans, est venu le solliciter pour la radiographie porteur d'une ordonnance prescrivant l'Intrabilix, qu'il n'a donc pas personnellement pris l'initiative de cette prescription médicale;

« Attendu en effet, qu'il eut dû devant l'attitude angoissée de P..., prendre toutes les précautions utiles et au besoin renvoyer la radiographie à une date ultérieure afin de pouvoir se renseigner auprès du Docteur Y..., sur la nécessité de pratiquer l'opacification des voies biliaires par voie intraveineuse, alors qu'il existe un produit à administrer par voie buccale;

« Attendu que c'est en vain également que le Docteur X... excipe des constatations des Docteurs commis par le juge d'instruction selon lesquelles P... était de constitution robuste et dont le passé indemne de manifestations de nature à faire redouter une sensibilité particulière ne permettait pas de prévoir une mauvaise tolérance à l'Intrabilix;

« Que le Docteur X... a en effet indiqué lors de son audition à la police que le décès de P... était à son avis dû à un choc anaphylactique, le facteur psychique paraissant avoir une cause très importante en l'espèce;

« Attendu dans ces conditions qu'il échet de retenir la responsabilité du Docteur X... en raison du manque de prudence et de circonspection dont il a fait preuve, en injectant l'Intrabilix sans prendre tous renseignements utiles et sans tenir compte de l'angoisse manifestée par P... »

Le radiologue fit appel et la Cour de Nîmes, dans un arrêt du 19 octobre 1964 (publié dans la *Gazette du Palais*, du 5 février 1965), réforma le jugement de première instance, disant que le radiologue n'avait commis aucune faute et que l'action dirigée contre lui était mal fondée.

Les attendus de cet arrêt sont intéressants à plusieurs titres.

1) *Sur le problème du consentement éclairé et du devoir qu'a le médecin d'avertir son malade des risques d'un examen :*

« ... Attendu qu'il est établi par l'information et d'ailleurs non contesté par la dame Veuve P..., que son mari a consenti à se faire faire une radiographie après injection d'Intrabilix prescrite par son médecin traitant;

« Mais attendu que dans ses déclarations au cours de cette information, le Docteur X... n'a pas précisé qu'il avait averti le malade de l'accident rarissime qui pouvait se produire : qu'il est donc permis d'en déduire qu'il n'a pas attiré l'attention de P... sur ce risque; qu'en effet, s'il l'avait fait, il n'aurait pas manqué de le signaler au magistrat d'instruction;

« Attendu qu'un médecin n'est tenu d'avertir son client que des risques normalement prévisibles; qu'en effet, obliger un médecin à exposer au malade tout ce qui, sans être absolument imprévisible, est du moins tellement exceptionnel qu'on ne doit pas normalement l'envisager, aboutirait à inquiéter inutilement le malade; qu'aucune faute ne peut donc être reprochée à ce sujet à X... »

2) *Sur l'utilisation d'un produit ayant dépassé le stade expérimental et sur la technique de l'injection :*

« ... Mais attendu que le produit est employé dans de nombreux pays (voir revue médicale allemande du dossier de X...), que son efficacité est certaine, que les complications mortelles sont extrêmement rares (1 cas sur 300.000) et que les accidents ne sont pas supérieurs à ceux qui interviennent au cours des urographies (voir revue allemande);

« Attendu que le Docteur X... a procédé à l'injection conformément à la technique habituelle (sujet à jeun, position couchée, injection lente : 5 minutes environ); qu'il a même pris les précautions, probablement en l'état de l'appréhension manifestée par son client, de commencer par injecter 1 cm³, puis de s'arrêter pendant 20 secondes; que le malade n'ayant manifesté aucun trouble, il a terminé l'injection;

« Attendu que l'injection a donc été faite selon les règles de l'art; que l'accident qui s'est produit est rarissime et exceptionnel; qu'il a peut-être été dû, simple hypothèse au demeurant, à une hypersensibilité du sujet à l'iode qu'aucun test ne permet de déceler à coup

sûr; qu'il est donc le résultat d'une imprévisible complication dont aucune technique, aucune précaution ne pouvait mettre le malade à l'abri. »

3) *Sur l'absence de contre-indications :*

« ... Attendu que P... n'avait aucune maladie constituant une contre-indication (eczéma, etc.) ; que sa veuve a reproché au Docteur X... de ne pas l'avoir interrogé pour savoir s'il avait une prédisposition aux manifestations allergiques; qu'à supposer que le médecin ait négligé de procéder à cet interrogatoire, cet oubli aurait été sans importance; qu'en effet P..., qui était sain et robuste (voir rapport des experts), n'aurait pu révéler aucune maladie de nature à faire renoncer le médecin à procéder à l'injection; qu'ainsi que l'ont indiqué les experts, rien ne faisait prévoir une mauvaise tolérance du produit. »

On constate, à la lecture de cet arrêt, que la recherche par les magistrats d'une faute constitutive de responsabilité a été menée en appréciant l'attitude du médecin sur chacun des points qui ont été signalés dans les deuxième et troisième parties.

CONCLUSIONS

En l'absence de textes législatifs définissant des règles particulières s'appliquant à la responsabilité juridique des médecins (mis à part certains cas de responsabilité pénale), la jurisprudence, en jugeant les cas d'espèces qui lui étaient soumis, a tenté de dégager les caractères de cette responsabilité.

I. — En ce qui concerne la responsabilité pénale des médecins, l'interprétation de la faute constitutive du délit d'homicide ou de blessures involontaires (articles 319 et 320 du Code pénal) a été très variable; les tribunaux ont jugé autrefois qu'elle devait être d'une gravité particulière, mais aujourd'hui ils admettent que la faute nécessaire à l'existence d'un délit pénal est la même que celle qui entraîne une responsabilité civile.

Cette rigueur n'est compensée que par une certaine retenue des parquets hésitant à poursuivre un médecin s'ils ne le croient pas vraiment inexcusable, et par l'attitude des plaignants qui préfèrent en général l'action civile à l'action pénale, pensant que le juge pénal hésitera plus à condamner un médecin que le juge civil.

Un médecin peut donc toujours voir sa responsabilité pénale, pour homicide ou blessures involontaires, mise en cause par la victime d'un dommage corporel ou par ses ayants-cause.

II. — Pour ce qui est de la responsabilité civile, la jurisprudence a pris successivement deux positions nettes affirmant en 1835 que la responsabilité médicale avait un fondement délictuel ou quasi-délictuel, puis, un siècle plus tard, par un

autre arrêt rendu par la Cour de cassation en 1936, que cette responsabilité trouvait son fondement dans un contrat qui se formait entre le médecin et le malade.

Mais l'unanimité des tribunaux ne s'est pas encore faite sur ce qu'est ce contrat, ni dans sa forme, ni dans son existence même, si ce n'est pour affirmer qu'il ne peut s'agir que d'un contrat de moyens et que l'obligation née de ce contrat consiste pour le médecin à donner à son malade « des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données actuelles de la science ».

Cette thèse du fondement contractuel ne peut d'ailleurs être invoquée dans tous les cas; en particulier, l'action en réparation intentée non par la victime, mais par ses ayants-cause pour le préjudice qu'ils ont subi personnellement, ne peut l'être que sur la base des articles 1382 et 1383 du Code civil.

De plus, à l'exception de celle qui découle de la durée de la prescription qui permet une action en responsabilité pendant trente ans, les conséquences pratiques de l'affirmation de la nature contractuelle de la responsabilité médicale n'ont pu être maintenues :

- la preuve de la faute reste à la charge de la victime, puisque l'obligation contractuelle du médecin ne peut être qu'une obligation de moyens ;
- l'étendue de la réparation est la même que si l'on se place sur le plan délictuel, les dommages qu'une faute médicale peut apporter à la santé de la victime étant des risques prévisibles dès le contrat médical.

En pratique, l'une ou l'autre thèse sera invoquée comme fondement de la responsabilité civile du médecin, selon qu'une action pénale aura ou non été introduite et suivant la qualité du demandeur, victime elle-même ou ses ayants-cause.

III. — La responsabilité des médecins des hôpitaux publics fait partie du domaine d'application du droit administratif. La puissance publique est responsable directement ou indi-

rectement envers les victimes ou leurs ayants-cause des conséquences dommageables résultant d'une faute médicale, à condition que celle-ci soit une faute lourde.

Le médecin hospitalier ne voit sa responsabilité personnelle mise en cause, suivant les règles du droit civil (articles 1382 et 1383 du Code civil) que s'il a commis une faute d'une gravité toute particulière.

IV. — Cette attitude de la jurisprudence relative à la responsabilité médicale montre combien il est difficile de faire entrer l'acte médical dans un cadre juridique, tenant compte à la fois de sa complexité et de son caractère singulier.

* *

I. — En matière d'urographies intra-veineuses, un médecin qui se voit intenter un procès en responsabilité à la suite d'un accident, doit être en mesure de prouver que cet accident était imprévisible, c'est-à-dire qu'il avait limité, dans toute la mesure du possible, le risque qu'il faisait encourir à son malade à la survenue de l'imprévisible.

Il devra pouvoir prouver facilement, par les notes qu'il aura prises et qu'on retrouvera dans son fichier ou dans le dossier du malade, que l'indication de l'U.I.V. n'a été posée et les contre-indications écartées qu'après un interrogatoire, un examen clinique et des examens de laboratoire soigneusement conduits et orientés. Toute négligence à cet égard pourrait être retenue contre lui. Par contre, il ne peut lui être reproché de n'avoir pas pratiqué les tests de sensibilité à l'iode, ni de n'avoir pas prévenu le malade des risques qu'il encourait du fait de cet examen.

II. — Le radiologue, dont la responsabilité est mise en cause, doit pouvoir répondre qu'il s'est assuré que l'indication avait été posée à bon escient et qu'aucune contre-indication sérieuse n'avait été relevée, que la technique de l'injection, précédée

s'il y avait lieu d'une prémédication, a été correcte, c'est-à-dire qu'il l'avait lui-même effectuée ou tout au moins surveillée attentivement, qu'il disposait du matériel et des médicaments à portée de la main et enfin qu'il a pu entreprendre le traitement adéquat dans les délais les plus rapides.

III. — Apporter la preuve de l'observation de ces précautions est pour les médecins démontrer qu'ils n'ont pas failli à l'obligation de donner « des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données actuelles de la science ».

* *

Les médecins, en confrontant leurs expériences et en les faisant suivre de discussions au sein des Sociétés savantes (ainsi qu'il a été fait au sujet des accidents provoqués par les urographies intraveineuses au cours de la séance du 9 mars 1964 de la *Société de Médecine Légale*), doivent pouvoir fournir à la justice, par l'intermédiaire des experts, les éléments qui lui permettent de juger une réalité se modifiant sans cesse en fonction des acquisitions de la science médicale et non en fonction uniquement de précédents, que les espèces qui lui sont soumises ne peuvent jamais reproduire de façon exactement identique.

Vu, le Doyen :
CORDIER

Vu, le Président de Thèse :
DEROBERT

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

AMBIALET (J.). — Responsabilité du fait d'autrui en droit médical. (Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, Paris, 1965.)

Code civil. (Dalloz, Paris, 1965.)

Code pénal. (Dalloz, Paris, 1965.)

Codes de la Sécurité Sociale, de la Santé Publique et de l'Aide Sociale. (Dalloz, Paris, 1962.)

DEBRAY (J.-R.). — Le malade et son médecin. (Flammarion, Paris, 1965.)

DEROBERT (L.). — L'évolution du concept de la responsabilité médicale à la lumière de la jurisprudence française. (*Revue Médicale de Liège*, 1958, vol. XIII, n° 15, pp. 497-506.)

DEROBERT (L.), WOLFROMM (R.), DEHOUE (A.) et LANGE (R.). — Les accidents graves par injection intraveineuse de substances iodées pour urographie. (*Annales de Médecine Légale*, 1964, XLIV^e année, pp. 330-345.)

KORNPORST (L.). — Responsabilités du médecin devant la loi et la jurisprudence françaises. (Flammarion, Paris, 1957.)

L'EPÉE (P.), LAZARINI (H.-J.), MARTIN (P.-L.) et BIREAU (S.). — Accident mortel lors d'une urographie par voie intraveineuse. (*Annales de Médecine Légale*, 1964, XLIV^e année, pp. 351-352.)

LÉVY-BRUHL (H.). — Sociologie du droit. (Presses Universitaires de France, Paris, 1964.)

PASTEUR VALLERY-RADOT, WOLFROMM (R.), CHARDIN (J.) et HALPERN (B.-N.). — Maladies allergiques. (Flammarion, Paris, 1963.)

PIZON (P.). — Les opacifiants organo-iodés de l'urographie intraveineuse. (*La Presse Médicale*, 1964, t. 72, n° 47, pp. 2763-2768.)

ROUX-DESSARPS (M.). — Consentement du malade à l'acte médical : le droit à la vérité. (*La Revue du Praticien*, 1962, t. XII, n° 28, supplément pp. VII-XII.)

SAVATIER (R.), AUBY (J.-M.), SAVATIER (J.) et PÉQUIGNOT (H.). — Traité de droit médical. Librairies techniques. (Librairie de la Cour de cassation), Paris, 1956.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
 <i>Première partie.</i> — La responsabilité médicale en droit français ..	
<i>Chapitre I.</i> — La responsabilité médicale et le droit pénal ..	11
<i>Chapitre II.</i> — La responsabilité médicale et le droit administratif	13
<i>Chapitre III.</i> — La responsabilité médicale et le droit civil ..	15
Conclusion	19
 <i>Deuxième partie.</i> — Les accidents provoqués par les urographies intraveineuses	
<i>Chapitre I.</i> — Fréquence des accidents	28
<i>Chapitre II.</i> — Clinique	31
<i>Chapitre III.</i> — Physio-pathologie	32
<i>Chapitre IV.</i> — Traitement	34
<i>Chapitre V.</i> — Prévention	36
Conclusion	37
 <i>Troisième partie.</i> — Eléments de responsabilité juridique dans les accidents mortels des urographies intraveineuses	
<i>Chapitre I.</i> — A qui incombe la responsabilité	41
<i>Chapitre II.</i> — Le fondement juridique de la responsabilité .	42
<i>Chapitre III.</i> — Les éléments constitutifs de la faute médicale.	44
 <i>Quatrième partie.</i> — Jurisprudence	
Conclusions	47
Bibliographie	51
	55

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS (XIV^e)
